

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Juin 1894, à 1 heure.

Par GUILLAUME K. PATRICOPOULO

Né à Kirk-Kilissé (Turquie d'Europe), le 5 février 1868

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NEURASTHÉNIE

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

DÉJERINE,
POIRIER, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Juin 1894, à 1 heure.

Par GUILLAUME K. PATRICOPOULO

Né à Kirk-Kilissé (Turquie d'Europe), le 5 février 1868

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NEURASTHÉNIE

D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

DÉJERINE, { *agregés.*
POIRIER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ N...
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON CHER PÈRE ET A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Pourrai-je jamais m'acquitter
envers vous !*

A MON BEAU-FRÈRE ET MA SŒUR

A MES ANCIENS MAITRES DE MONTPELLIER

A M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE DOCTEUR DÉJERINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DE BICÊTRE

HOMMAGE DE MA PROFONDE GRATITUDE

POUR LES PRÉCIEUX CONSEILS QU'IL M'A DONNÉS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. TARNIER, DUPLAY, POTAIN, SEGOND, DEBOVE,
BERGER, PANAS, DIEULAFOY, POZZI, STRAUS.
POIRIER, GALLIARD, MARCHANT, GUYON,
CHAUFFARD.

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
NEURASTHÉNIE
D'ORIGINE TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Bien que l'histoire de la neurasthénie ne remonte pas à une époque très reculée, la fréquence de cette affection, l'importance de son diagnostic, la multiplicité des aspects cliniques qu'elle revêt, ont donné lieu à une série de travaux déjà très nombreux. Depuis que Béard l'a élevée au rang d'entité morbide et dégagée du reste des autres maladies psychiques, depuis que Charcot a établi les stigmates qui permettent de la reconnaître et de la différencier, sa connaissance s'est répandue dans le public médical et si l'essence même de la maladie nous échappe encore en partie, elle est du moins suffisamment connue dans ses manifestations, pour que dans l'immense majorité des cas, le diagnostic puisse être porté avec une absolue précision. Son territoire est aujourd'hui assez nettement limité, et parmi les cas complexes que nous offrent la pratique, il nous est possible de dire ce qui appartient à la maladie, et

ce qui doit en être séparé et considéré comme un phénomène surajouté, relevant d'une autre affection.

Cependant il existe encore sur le sujet un certain nombre de points douteux ou obscurs. Un cas des plus intéressants, qu'il nous a été donné d'observer dans le service de notre maître, M. le docteur Déjerine, a attiré notre attention sur ce sujet, et a été le point de départ de notre thèse inaugurale. Sans vouloir nous occuper de la question générale de la neurasthénie, nous limiterons notre travail à l'étude de la neurasthénie traumatique. Nous nous efforcerons de montrer l'influence du trauma sur le développement de la névrose ; nous rechercherons les caractères cliniques que revêt cette variété étiologique, et nous insisterons d'une façon toute spéciale sur les troubles de la motilité. C'est en effet un des points les plus controversés de la symptomatologie de l'épuisement nerveux, et l'étude de notre malade nous permettra, nous l'espérons, d'apporter dans le débat un fait net et probant.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de la neurasthénie traumatique se confond avec l'histoire générale de la maladie. Dès ses premiers mémoires, Beard décrivit, à côté d'autres formes cliniques, la neurasthénie traumatique. Plus tard (1), il revint dans un travail spécial sur ce point de la question. L'étude des manifestations morbides occasionnées par les accidents de chemin de fer, vint montrer un nouveau côté de la question.

Déjà Duchesne (2), dès 1857, consacrait sa thèse inaugurale à l'étude de l'influence des accidents de chemin de fer sur le développement des maladies nerveuses. Pendant plusieurs années, avec Lidell, Erichsen, Syme, Morris, Savory (3), on admit, dans ces affections traumatiques, l'existence de lésions superficielles de la moelle. En 1869, Russel Reynold soutint que plusieurs des symptômes observés, paralysies motrices, contractures, troubles de la sensibilité, étaient sous la dépendance exclusive d'un état mental particulier « dépendent on idea ». Walton (4), Putnam (5), poussant plus loin l'analyse de ces phénomènes morbides, les comparant aux phénomènes de même ordre observés chez les hystériques, affirmèrent que ces troubles traumatiques sont de nature hystéri-

(1) BEARD.

(2) DUCHESNE, Th. Paris, 1857.

(3) M. BOUVERET, *De la neurasthénie*, 1890, p. 239.

(4) WALTON, *Boston med. and. surg. Journ.*, 1884,

(5) PUTNAM, *Amer. Journ. of. neurol. and. psych.*, août 1884.

que, et que le traumatisme peut être mis au rang des agents provocateurs de l'hystérie. Déjà Charcot (1) avait montré l'influence du trauma sur les phénomènes de l'hystérie locale ; il est vrai qu'il ne s'agit point là, comme dans les cas de Walton et de Putnam, de l'hystérie créée par le traumatisme (2).

Contrairement à cette opinion, l'école allemande (Oppenheim, Thommsen, Westphal) soutint l'existence d'une névrose traumatique spéciale, la maladie des accidents de chemin de fer, voisine sans doute des autres névroses connues, mais différant par sa fixité, sa ténacité, et l'état mental voisin de l'hypochondrie et de la mélancolie.

Page (3) combattit cette façon de comprendre la question ; il rattacha à l'hystérie la plupart des faits décrits, et le premier mit en cause, pour un certain nombre de cas, la neurasthénie.

Ce fut alors que Charcot entra dans le débat. Par l'analyse minutieuse et détaillée des cas cliniques, se basant sur les stigmates qu'il avait montrés caractéristiques des diverses névroses, il montra que ces prétendues maladies spéciales rentraient soit dans le cadre de l'hystérie, soit pour une très faible part dans le cadre de la neurasthénie pure, soit enfin beaucoup plus souvent dans une association, dans une superposition des deux névroses : l'hystéro-neurasthénie.

Aujourd'hui l'opinion de l'Ecole française est admise par la plupart des cliniciens. Pour nous en tenir au sujet qui nous intéresse seul, nous relèverons seulement ce fait que la neurasthénie traumatique déjà décrite par Beard, a été augmentée par Page de quelques cas de maladies d'accidents de chemins de fer, et que Charcot a démontré la vérité d'une telle assimilation. Actuellement

(1) CHARCOT, *Progrès médical*, 1878.

(2) BOUVERET, *loco cit.*

(3) PAGE. *Injuris of the spine and spinal cord...* London, 1885.

l'existence de la neurasthénie traumatique est admise par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Il n'existe pas « une » névrose traumatique, mais « des » névroses traumatiques. Sous l'influence d'un trauma, chaque organisme répond d'une façon spéciale ; tandis que la plupart des traumatisés restent indemnes de toute affection nerveuse, d'autres pour des raisons que nous aurons à examiner, se voient atteints d'une névrose ; mais celle-ci varie suivant les sujets, et l'on pourra voir se développer une neurasthénie pure, une hystérie pure, un mélange de ces deux affections sous forme d'hystéro-neurasthénie, une maladie de Parkinson, ou encore un de ces états psychiques encore mal définis, parents très rapprochés des autres névroses, mais dont la différenciation clinique, et la délimitation précise sont encore à peine entrevues. Toutes ces névroses, en effet, présentent ce caractère commun d'être des affections psychiques, d'ordre purement mental, relevant d'une orientation déterminée et anormale de l'esprit, d'une déviation de l'intelligence. On sait d'ailleurs qu'en ce moment, les neuropathologistes ont une tendance très accusée à considérer l'hystérie comme une maladie mentale plutôt qu'une maladie nerveuse proprement dite. Et il faut reconnaître que malgré ses formes multiples, l'hystérie présente avec les maladies de l'intelligence un grand nombre de points de contact.

Nous savons en outre que les névroses forment entre elles une sorte de chaîne ininterrompue. Le premier anneau serait représenté par la neurasthénie ; ce serait la forme atténuée, la plus faible des déviations mentales ; par une série insensible de gradations, en passant par des états psychiques multiples, on arrive comme point terminal à l'hystérie complète. La neurasthénie constitue donc le premier échelon de cette branche de la famille neuropathologique ; et si le traumatisme, fait admis par tout le monde,

peut à lui seul donner lieu à l'hystérie la plus franche chez un individu prédisposé, on peut parfaitement comprendre *à priori* que chez un individu sain, sans tare héréditaire, un traumatisme soit suffisant pour lui donner une affection très atténuée, à l'état d'ébauche qui serait la neurasthénie.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'existence de la neurasthénie traumatique ne saurait aujourd'hui être mise en doute. Le nombre des cas est aujourd'hui assez nombreux pour permettre d'affirmer une pareille assertion. La plupart des neuropathologistes ont été témoins de faits de ce genre.

La nature du trauma lui-même est d'ailleurs extrêmement variable. Les accidents de chemins de fer, les chutes de voitures, la morsure d'un chien, une chute d'un lieu élevé, bien d'autres causes encore peuvent se trouver au début de la neurasthénie. Les circonstances dans lesquelles la neurasthénie se développe ensuite permettent de rattacher à l'accident l'origine de la maladie. Nous reviendrons plus tard sur ce point en étudiant la marche des phénomènes cliniques.

Le traumatisme agit, comme les auteurs l'ont fait remarquer, par deux mécanismes différents : d'abord comme choc physique, puis comme choc moral.

Le choc physique est souvent par lui-même peu intense ; parfois il ne s'agit que d'une simple commotion, sans lésion matérielle appréciable. Le sujet, par exemple dans les accidents de chemins de fer, ne présente souvent aucune trace de blessure, il a seulement eu conscience qu'un accident se produisait, il a ressenti un choc plus ou moins brusque, et il a été projeté sur la face op-

posée du wagon. Relevé souvent de lui-même, il peut marcher et parfois même s'enfuir au loin ; il n'a subi aucune blessure apparente, une violente commotion seulement, et cependant peu à peu on voit se dérouler les symptômes les plus nets de l'affection. Aussi les auteurs sont-ils d'accord pour reconnaître que l'intensité du trauma n'a aucune influence sur le développement et sur l'intensité des phénomènes morbides développés (1). Un trauma insignifiant comme intensité peut provoquer des désordres beaucoup plus graves qu'un trauma beaucoup plus violent. L'effet produit n'est pas en rapport avec la cause.

Le choc moral joue un rôle peut-être plus considérable que le choc physique lui-même, et cette influence de l'état moral ressort nettement de l'étude des faits publiés. En effet dans tous les cas, l'émotion du malade a été très vive soit au moment même de l'accident, soit après. Dans le cas d'accident de chemins de fer, le malade a d'abord subi un choc physique plus ou moins intense, accompagné d'un premier choc moral que l'on conçoit. Sorti sain et sauf de l'accident, physiquement parlant au moins, il a eu le spectacle du résultat de la collision ; il s'est représenté que lui aussi aurait pu se trouver au nombre des victimes ; plus tard, il raconte son accident, en lit répétés partout les détails les plus émouvants ; peu à peu son état mental se détraque, et la neurasthénie s'établit ; car c'est là un fait sur lequel nous insisterons plus tard, il y a toujours entre le choc et le début de la maladie une période de latence, d'incubation où la maladie se prépare pour se manifester ensuite.

Le traumatisme peut être la seule cause à invoquer de la maladie. « La neurasthénie, dit Bouveret (2), peut naître spontanément, en dehors de toute hérédité nerveuse ; elle peut se dévelop-

(1) BOUVERET, *loc. cit.*

(2) BOUVERET, *loco cit.*

per chez un homme jusque-là tout à fait indemne de toute influence héréditaire. La plupart des auteurs ont été frappés de l'absence de toute hérédité névropathique dans les antécédents de leurs malades : adultes forts, vigoureux, ouvriers, rustiques, gens qui paraissent bien peu prédisposés aux névroses et surtout à l'hystérie ». Levillain (1) s'exprime de même : « La neurasthénie est la seule de toutes les névroses connues qui puisse se développer et s'acquérir de toutes pièces, accidentellement, en dehors de l'hérédité. — Des individus peuvent naître absolument sains, sans aucune tare nerveuse accusée et devenir neurasthéniques par accident, à la suite du surmenage ou de toute autre cause ». Cette absence d'hérédité avait déjà été signalée et mise en relief par notre maître, M. Déjerine (2), et depuis cette opinion a été acceptée par tous les auteurs. Il n'est pas à dire pour cela que l'hérédité ne puisse dans certains cas, jouer un rôle et se trouver nettement accusée dans tel ou tel cas donné. Loin de nous une pareille idée. Ce que nous voulons montrer seulement avec les auteurs précédents, c'est que l'influence héréditaire n'est pas indispensable, que le trauma seul peut provoquer la maladie chez un individu nullement prédisposé. C'est là un caractère assez spécial de l'affection et qui mérite de fixer l'attention.

Cette absence d'hérédité explique en partie comment la névrose peut se trouver dans les classes les plus variées de la société et là où l'on s'attendait à la trouver le moins. Ce ne sont pas les classes aisées, les gens adonnés à une culture intensive de l'esprit, les surmenés intellectuels de tout genre qui donnent le plus grand nombre de neurasthéniques traumatiques. Plus souvent ce sont les

(1) LEVILLAIN, *loc. cit.* p., 17 et 18.

(2) DÉJERINE, th. agrég., 1886. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux.*

ouvriers, les manuels, les rustiques qui paient le tribut le plus élevé. Notre cas constitue un bel exemple de neurasthénie développée à la suite d'un traumatisme chez un campagnard où l'influence héréditaire semble nulle et où les causes de la neurasthénie de surmenage ne semblent pas pouvoir être invoquées.

Les hommes étant plus exposés aux traumatismes, c'est donc surtout chez eux que l'on verra se développer cette variété de névrose. Elle apparaît (1) à une époque plus avancée de la vie que la neurasthénie héréditaire, de 30-50 ans.

Sa fréquence n'est pas très grande si l'on en juge par le petit nombre des cas que nous avons pu rassembler malgré toutes nos recherches. En effet, si le traumatisme peut développer la neurasthénie pure, dans l'immense majorité des cas il s'agit d'une forme hybride d'une association morbide, et les stigmates de l'hystérie viennent s'adjoindre à ceux de la neurasthénie, et c'est en présence d'une hystéro-neurasthénie que l'on aura affaire. C'est cette raison qui nous a fait éliminer de notre cadre un certain nombre d'observations où, au lieu de la neurasthénie pure, on se trouvait en présence de phénomènes hystériques concomitants. Aussi la neurasthénie traumatique pure peut-elle être considérée comme une rareté clinique, par rapport aux cas beaucoup plus nombreux d'hystéro-neurasthénie.

(1) BOUVERET, *loc. cit.*, p. 18.

CHAPITRE III

Symptomes.

La symptomatologie de la neurasthénie traumatique, suivant la plupart des auteurs ne diffère en rien de la névrose héréditaire ; la cause n'influe en rien sur l'aspect de l'affection. « L'origine traumatique, dit Charcot, ne détermine par elle-même aucune particularité nosographique qui permette de la distinguer des neurasthénies développées sous l'influence de toute autre espèce de cause, du surmenage intellectuel par exemple (1) ». Bouveret professe une opinion absolument semblable (2) : « Malgré le caractère très spécial de la cause, le traumatisme, le tableau clinique ne présente aucun trait nouveau ; il est entièrement comparable à celui que nous pouvons observer chez un homme soumis à l'action prolongée d'une passion dépressive. Il n'y a donc pas lieu d'insister sur la description clinique de la neurasthénie traumatique : cette identité parfaite des phénomènes morbides, quelle qu'en soit la cause, démontre encore l'autonomie de la neurasthénie. Il en est encore de cette névrose comme de l'hystérie dont l'unité n'est plus contestable, malgré le nombre croissant des causes qui peuvent lui donner naissance.

D'ordinaire c'est sous la forme la plus complète, sous la forme cérébro-spinale que se manifeste la névrose. Aussi retrouve-t-on chez les malades la plupart des stigmates de l'affection permettant

(1) CHARCOT, *Leçons du Mardi*, 1888-89, p. 30.

(2) BOUVERET, *loc. cit.*

de poser un diagnostic rapide. La céphalalgie en casque, avec maximum au réveil, les vertiges, l'insomnie persistante et des plus pénibles pour le malade qui prend à peine quelques heures de repos par nuit, mais surtout l'asthénie générale, faiblesse musculaire généralisée, rendant tout mouvement difficile et pénible et tout travail continu impossible, l'absence complète de volonté et d'effort, les troubles gastriques, la plaque sacrée se rencontrent dans la plupart des observations groupées de manière variable. Parfois tous les symptômes cardinaux sont présents ; plus souvent l'un d'eux manque ; mais il en subsiste un certain nombre suffisant pour le diagnostic ; de plus l'absence de phénomène surajouté, en particulier de tout stigmate d'hystérie permet d'éliminer toute association morbide et de conclure à la forme pure de la névrose.

Bien qu'en général la symptomatologie soit identique à celle de toute neurasthénie, cependant Levillain (1) a signalé quelques caractères spéciaux que présente cette variété étiologique de la maladie. « Il n'y a évidemment rien de très spécial au point de vue clinique de cette forme traumatique de la neurasthénie simple : néanmoins on peut déjà signaler la forme particulière des rêves qui reproduisent fréquemment la scène de l'accident dont le malade a été victime ; d'autre part l'état psychique des neurasthéniques traumatisés est en général plus affecté, plus déprimé, plus triste, plus émotif ; enfin il faut reconnaître que l'épuisement nerveux traumatique, si simple qu'il soit, si commune que puisse paraître la modalité clinique, est ordinairement plus tenace et plus rebelle au traitement que les autres formes de même aspect, mais d'une autre origine ».

Notre malade nous a présenté une forme toute spéciale, dont

(1) LEVILLAIN, *loc. cit.*, p. 185.

nous avons en vain cherché l'analogie dans les auteurs. Chez lui les stigmates de la névrose étaient réduits à leur minimum. Existence de la plaque sacrée, émotivité extrême avec dépression cérébrale très prononcée. Le symptôme capital, pour lequel le malade réclamait des soins, était une faiblesse extrême des membres inférieurs, avec impossibilité presque absolue de la marche, si bien qu'en le voyant on aurait pu croire à une paraplégie incomplète.

Avant d'entrer dans l'étude détaillée de notre cas, voyons d'abord ce que ces auteurs disent de l'asthénie musculaire et de la paralysie chez les neurasthéniques. Nous pourrions ensuite montrer plus utilement les caractères par lesquels se distinguait notre malade.

L'asthénie musculaire constitue un des symptômes cardinaux, un des stigmates de la neurasthénie. « Les impotences fonctionnelles d'ordre parétique, dit Levillain, ne sont autres qu'une exagération de la parésie musculaire générale, limitée à un groupe de muscles pour un ordre déterminé de mouvements ; cette parésie peut, pendant quelque temps, compromettre ou du moins rendre difficiles les mouvements du bras et de la main pour l'écriture ou d'autres travaux, mais elle frappe le plus souvent les membres inférieurs et détermine des pseudo-paraplégies toujours incomplètes et rarement permanentes. En effet, quand ces parésies vont jusqu'à la paralysie temporaire, celle-ci n'est encore qu'apparente : les réflexes sont conservés et la résistance des muscles aux mouvements passifs peut encore se produire ; mais la vraie paralysie musculaire complète n'appartient plus à la neurasthénie, elle rentre dans le cadre classique de l'hystérie ».

Mathieu (1) ajoute quelques traits à ce tableau : « La sen-

(1) MATHIEU, *Neurasthénie (épuisement nerveux)*, Coll. Charcot-Debove.

sibilité, dit-il, est intacte, contrairement à ce qu'on rencontre souvent en cas semblable dans l'hystérie ; et enfin il n'y a pas du côté de l'appareil urinaire ces troubles symptomatiques d'une lésion médullaire. Chose caractéristique, on a vu des malades ainsi épuisés, déprimés, retrouver tout à coup une énergie surprenante, en présence d'une vive émotion, d'une circonstance pressante, d'un danger imminent, d'une crainte vive pour l'existence d'un être chéri. Il est vrai de dire que ces réveils subits d'énergie sont suivis par des crises plus grandes de dépression : toujours ces alternatives d'excitation et de dépression avec tendance à la prédominance finale de l'atonie ».

Bouveret donne une description identique, sauf cependant sur la question des paralysies neurasthéniques. Tandis que Levillain nie l'existence de la paralysie neurasthénique, qu'il considère comme relevant de l'hystérie, tandis que Mathieu expose les pièces du procès sans conclure, Bouveret affirme nettement l'existence de cette paralysie (1) : « En m'appuyant sur quelques observations personnelles, je me rangerais volontiers à l'opinion de Béard et je crois qu'il existe bien véritablement des paralysies d'origine neurasthénique. Un de mes malades, jeune homme de 35 ans, est pris de temps en temps d'accès d'impotence fonctionnelle de l'un des bras, accès qui durent quelques minutes pendant lesquels il est obligé de soulever son bras inerte de l'autre main. Chez une jeune femme l'impotence fonctionnelle frappait les muscles de la nuque et elle était pendant quelques minutes incapable de soutenir sa tête. J'ai observé deux cas de paraplégie chez des femmes qui ne présentaient point les stigmates de l'hystérie. La paralysie n'était ni permanente ni complète. A certains moments,

(1) BOUVERET, *Loc. cit.*, p. 119.

les malades étaient incapables de soulever les jambes au-dessus du lit, de résister aux tentatives de flexion et d'extension, même de rester quelques minutes sur leurs pieds ; mais ces légers efforts épuisaient promptement leur force motrice. A d'autres moments au contraire l'inertie motrice était presque complète et les malades ne pouvaient plus exécuter que quelques mouvements des orteils et des pieds. Les membres inférieurs étaient alors étendus dans le lit, immobiles, quelquefois avec un léger degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Les pieds étaient dans la rectitude et non pas en adduction avec le point dirigée en dedans, attitude propre aux véritables états paralytiques du membre inférieur. L'anesthésie faisait entièrement défaut, la sensibilité générale était plutôt augmentée que diminuée. Du reste il n'y avait aucun trouble ni de la vessie, ni du rectum. Les masses musculaires avaient conservé un certain degré de tonicité. Quant aux réflexes rotuliens, ils étaient normaux ou à peine un peu diminués. Je reconnais que ces caractères ne sont pas suffisants pour distinguer aisément la paraplégie hystérique de l'impotence neurasthénique des membres inférieurs. Il est encore vrai que l'hystérie et la neurasthénie sont quelquefois associées, même en dehors du traumatisme. Dans ces cas la paralysie sera très probablement toujours attribuée à l'hystérie. Mais si chez un malade évidemment neurasthénique, la paralysie paraît être l'unique symptôme de nature incertaine, trois caractères permettent de la rattacher à la neurasthénie plutôt qu'à l'hystérie : elle est incomplète, mobile, de très courte durée et le plus souvent procède par accès de quelques minutes seulement ».

Tel est l'état actuel de la question d'après les auteurs dont nous venons de rapporter les opinions : l'asthénie musculaire frappe de préférence les membres inférieurs sous forme de pseudo-paraplégie, et n'est qu'une exagération de l'asthénie générale qu'offre le

malade. Seul Bouveret décrit une paralysie vraie, « pouvant être l'unique symptôme de nature incertaine » et la caractérise par sa mobilité, son peu d'intensité et sa courte durée.

Chez notre malade nous trouvons quelques phénomènes qui le rapprochent des cas décrits par les auteurs, et d'autres qui lui donnent une physionomie un peu à part.

Comme dans les cas auxquels Bouveret fait allusion, la paraplégie attire tout d'abord l'attention. Le malade, paysan de constitution rigoureuse, était incapable de se tenir debout pendant quelque temps. Pour se lever il s'appuyait avec peine sur les bras du fauteuil ou sur un aide, le corps penché en avant, l'air chancelant. Debout le corps restait courbé en avant, rejeté un peu sur le côté droit, reposant presque entièrement sur la jambe droite, le genou gauche légèrement ployé. Pour marcher il s'avancait lentement, à petits pas, portant difficilement et avec précaution sa jambe gauche en avant, la pointe du pied tombante et rasant le sol, sans faucher, le genou légèrement ployé, le corps soutenu par des béquilles ; puis il avançait ensuite la jambe droite, un peu plus énergiquement, plus facilement, mais cependant sans quitter nettement le sol du pied, comme s'il avait hâte de reprendre point d'appui sur sa jambe droite. Et pendant ce temps peinte sur le visage, une expression d'angoisse, de crainte extrême, de douleur souvent avec larmes. Au bout de quelques pas il était épuisé et obligé de s'asseoir. Pendant qu'il était debout, si l'on venait à s'appuyer sur ses épaules, immédiatement ses jambes ployaient se dérobaient sous lui, et il serait tombé à terre si on ne l'avait soutenu. En somme on se trouvait donc en face d'une paraplégie incomplète, flasque, avec impotence plus marquée de la jambe gauche. Le malade étant couché, nous retrouvons des caractères sensiblement analogues. Les mouvements des membres inférieurs

sont possibles, bien que faibles, le malade peut toucher un objet désigné sans osciller, allant droit au but. Il résiste avec une certaine énergie aux mouvements de flexion et d'extension. Les phénomènes parétiques sont plus accusés à gauche qu'à droite. Des deux côtés les réflexes rotuliens sont normaux, la sensibilité est intacte sous tous ses modes, tact, douleur, chaleur, les sphincters ne présentent aucun trouble. Accompagnant cette paraplégie un état mental tout spécial. Le malade a l'air accablé, anéanti. Il reste dans le décubitus dorsal, sans mouvement, sans geste ; le facies est geignard, abruti ; quand on interroge le malade, il répond sur un ton larmoyant, par phrases brèves, entrecoupées, et bientôt il se met à pleurer abondamment. Contrairement à la plupart des neurasthéniques, et sans doute à cause de son peu de culture intellectuelle, il est sobre de paroles, il faut lui arracher en quelque sorte les détails de son accident, insister pour le faire préciser et pour avoir des renseignements nets. Si on lui commande un mouvement des membres inférieurs, il commence par refuser, se déclare incapable de l'exécuter ; il faut insister, user d'autorité pour arriver à l'exécution du mouvement. En dehors de cet état psychique, un seul stigmate de la neurasthénie : la plaque douloureuse sacrée. Dans ce cas le diagnostic présentait donc de réelles difficultés, qu'augmentaient encore les circonstances dans lesquelles s'étaient produits les phénomènes morbides. Pendant qu'il sciait du bois, monté sur l'arbre à scier, F... était tombé d'une hauteur de trois mètres environ sur les talons et en particulier sur le talon gauche. Il n'avait pas perdu connaissance et avait pu se relever, mais, forcé par un gonflement considérable des deux pieds de rester plusieurs semaines au lit, il n'avait pu reprendre qu'incomplètement son travail et avait été peu à peu obligé de garder le repos absolu. On pouvait donc penser à une lésion matérielle de la

moelle épinière ; et les traces de nombreuses pointes de feu le long de la colonne vertébrale témoignaient que tel avait été le diagnostic porté au début. Cependant certains détails mettaient sur la voie : les réflexes étaient normaux bien que l'accident remontât déjà à environ un an ; les sphincters conservaient leur fonctionnement normal. Il n'y avait pas trace d'atrophie musculaire ; les réactions électriques étaient normales ; enfin on avait pour se guider l'état psychique du malade et l'existence de la plaque sacrée.

En résumé ce cas est donc remarquable par la localisation des phénomènes morbides aux membres inférieurs, et l'absence presque complète des stigmates neurasthéniques réduits à l'état psychique et à la plaque douloureuse du sacrum. Il faut remarquer en outre que ces phénomènes psychiques s'étaient développés après le traumatisme (nous reviendrons bientôt sur ce point) et que le malade n'était nullement neurasthénique avant l'accident. Notre observation présente donc un intérêt tout spécial par la manifestation uniquement paraplégique de l'affection ; elle se distingue ainsi de tous les autres cas où l'asthénie musculaire, même sous forme pseudo-paraplégique, se trouvait liée, à titre de phénomène important il est vrai, mais sans prédominance bien marquée, aux autres stigmates de la neurasthénie. Au lieu de faire seulement partie du tableau symptomatique, de jouer un rôle plus ou moins actif au milieu des autres manifestations morbides, ici la paraplégie remplit à elle seule toute la scène. C'est sur elle que se concentre d'abord l'attention, les autres phénomènes, très rares, se trouvant relégués au second plan. Ce cas clinique se rapproche beaucoup plus des faits observés par Bouveret, où la paralysie constituait le phénomène unique de la symptomatologie. Cependant il y a encore quelques caractères différentiels. Dans les observations de Bouveret, il s'agissait de neurasthéniques reconnus, avérés, soignés pour

tels, chez qui la paralysie n'était qu'une des manifestations multiples de la névrose. Chez notre malade au contraire, rien avant l'accident ne faisait prévoir l'existence d'une neurasthénie même latente : Pas d'antécédent héréditaire, pas de tare personnelle. A la suite du traumatisme la neurasthénie se développe et se manifeste d'emblée par la paraplégie.

Contrairement encore aux cas de Bouveret, la paralysie n'a été ni mobile, ni passagère. Elle était incomplète puisque le malade pouvait se tenir debout, faire quelques pas, résister aux mouvements passifs d'extension et de flexion. Mais depuis le jour où elle a apparue elle s'est localisée dans les membres inférieurs, a atteint lentement son maximum et est restée à cet état, sans amélioration ni aggravation pendant plusieurs mois. La paraplégie incomplète s'est donc montrée permanente, sans tendance aucune à la mobilité.

Un autre point de notre observation mérite d'arrêter un instant l'attention. D'après les auteurs que nous avons consultés, il n'est nullement fait allusion aux cas où la paralysie frappe inégalement les deux membres, il semble que pour eux la paralysie soit toujours égale des deux côtés. Bouveret seul parle de paralysie isolée de l'un ou l'autre membre. Comme nous l'avons déjà indiqué, le membre inférieur gauche de notre malade était manifestement plus faible que le droit, objectivement et subjectivement. Le malade hésitait à s'appuyer sur cette jambe gauche ; au repos il reposait presque entièrement sur la jambe droite ; pendant la marche il semblait avoir hâte de porter le pied droit en avant pour y prendre appui, et le pas fait par la jambe droite était plus grand que celui fait par la gauche. Aux mouvements passifs de flexion et d'extension le malade résistait mieux de la jambe droite que de la jambe gauche. Cette prédominance des phénomènes parétiques

était manifestement en relation avec ce fait, sur lequel le malade était très catégorique, que en tombant il avait atteint le sol de côté, que la jambe gauche avait été plus fortement frappée et que les jours suivants le gonflement était beaucoup plus considérable à l'arrière-pied gauche qu'à droite. Le traumatisme avait donc porté plus spécialement sur la jambe gauche, et c'est de ce côté que les phénomènes paralytiques présentaient leur maximum d'intensité.

Cette forme paraplégique, par chute sur les pieds, de la neurasthénie, la prédominance des phénomènes morbides du côté où le traumatisme a été le plus intense rapproche singulièrement ces faits de certains cas bien connus d'hystéro-traumatisme. On sait que dans les paralysies hystériques traumatiques, c'est sur le membre où a porté le trauma que se développe la paralysie ; on sait en outre qu'en frappant un membre, chez un hystérique, on peut déterminer la paralysie de ce membre. Ces phénomènes sont tout à fait connexes de ceux présentés par notre malade. Les membres traumatisés se sont ensuite paralysés ; et du côté où le traumatisme s'est montré plus intense, là aussi la paralysie s'est montrée la plus accentuée.

En somme, dans la neurasthénie comme dans l'hystérie, le traumatisme peut déterminer deux ordres très divers de manifestations morbides : dans le premier groupe se rangent tous les faits où à la suite du trauma, la névrose, hystérie ou neurasthénie, se manifeste du premier coup par l'ensemble symptomatique le plus complet avec tout le cortège clinique le plus accentué. Le second groupe contient les cas où la maladie se résume à son minimum symptomatique, où un seul phénomène prend à lui seul toute la scène. En d'autres termes à côté de l'hystérie traumatique mono-symptomatique, à côté de l'hystérie locale, il faut faire une place et comprendre de la même façon une neurasthénie traumatique mono-symptomatique locale.

CHAPITRE IV.

Évolution.

L'étude de l'évolution de la neurasthénie traumatique est des plus intéressantes, et fournit un argument sérieux à la conception pathogénique de cette affection.

Ce n'est pas immédiatement après le traumatisme que les phénomènes neurasthéniques se développent ; loin de là : Immédiatement après l'accident au contraire, le blessé peut se lever et marcher. Règle générale d'ailleurs, le trauma est peu intense et le malade ne perd pas un seul instant connaissance. Il regagne son domicile seul ou avec un aide. Au bout de quelques jours, parfois même dès le lendemain, il retourne à son travail ; il est bien un peu courbaturé, il n'a plus le même cœur à l'ouvrage, il se fatigue plus vite ; malgré tout, pendant un certain temps il peut continuer son métier ; peu à peu, insensiblement, la fatigue augmente, les nuits deviennent mauvaises, des cauchemars effrayants, renouvelant la scène de l'accident réveillent le malade en sursaut. Alors l'insomnie arrive, la céphalée s'installe. Après une nuit agitée, après quelques heures d'un sommeil troublé de rêves, le malade se réveille accablé, courbaturé, la tête lourde. Les idées sont lentes et paresseuses, la volonté fait défaut. Le travail devient pénible et difficile. L'état mental s'altère ; le sujet devient triste, hypochondriaque, et bientôt en arrive à la neurasthénie la plus nette et la mieux confirmée.

Il y a donc dans cette évolution deux phases distinctes : une première, d'incubation comme on l'a appelée, pendant laquelle la

neurasthénie se développe souverainement et s'installe peu à peu, et une seconde de neurasthénie confirmée où la maladie se révèle par ses stigmates. Pendant la première, l'état psychique du malade s'altère, s'oriente dans un sens déterminé ; les manifestations morbides se manifestent alors, sur le terrain ainsi modifié.

Quelle est la durée relative de ces deux périodes ? Quelle est la durée totale de la maladie ? Il est impossible de répondre d'une façon nette et satisfaisante à ces deux questions. Le nombre des cas est d'abord trop peu nombreux pour offrir une base sérieuse à une affirmation de ce genre. De plus l'aspect clinique des faits observés, l'intensité et la gravité des phénomènes morbides varient d'un cas à l'autre et suivant de certaines conditions qui ont la plus grande influence sur le pronostic.

Quoi qu'il en soit la durée de la période d'incubation est ordinairement courte et se mesure d'ordinaire par quelques semaines ou par quelques mois ? La durée totale de la maladie est absolument indéterminée. Elle peut durer seulement quelques semaines, quelques mois ou au contraire persister pendant toute la vie. Si dès le début le médecin parvient à prendre autorité sur son malade, à le convaincre qu'il va guérir, la maladie peut céder de suite ; plus tard il aura moins de prises sur la maladie, mais cependant bien que plus rare la guérison est encore possible. A mesure qu'elle vieillit, la maladie devient plus incurable, et elle a alors de grandes chances de durer pendant toute la vie du malade qu'elle ne compromet d'ailleurs en rien.

CHAPITRE V

Pathogénie.

Cette évolution de la maladie met singulièrement en relief le rôle de la suggestion dans le développement de l'affection.

Voici en effet comment les choses se passent d'ordinaire. Après un accident grave, le malade se relève peu ou point touché au moins physiquement, mais fortement ébranlé au point de vue psychique ; son émotion est extrême, il reste tremblant pendant plusieurs instants en contemplation devant le lieu du sinistre, ou au contraire il fuit devant lui, à toutes jambes, souvent à de longues distances, sans savoir dans quelle direction il va, où il arrivera. Bientôt cet état mental se dissipe, mais c'est pour se réveiller peu à peu, plus intense même qu'au début. Le sujet se plaît à raconter à qui veut l'entendre, qu'il a failli être victime de tel accident, il abonde en détails grossis encore par son imagination ; il insiste sur les conséquences que cet accident aurait pu avoir pour lui. Autour de lui on s'informe à chaque instant de son état, surtout si une blessure même insignifiante l'a obligé à garder le lit. Sa famille, ses amis, attendris et alarmés, se complaisent autour de lui, s'enquérant sans cesse de sa santé. Ils lui apportent les détails publiés sur l'accident, les plus nombreux et les plus circonstanciés possibles. Il résulte évidemment de cette condition d'existence, que le malade se suggestionne lui-même, en même temps qu'il est suggestionné par son entourage. A-t-il eu un traumatisme d'un membre, il passera ses journées à rechercher si le mouvement

revient, si la douleur s'exagère, découragé que la guérison ne vienne pas assez vite à son gré, il commence d'abord par se demander s'il guérira bientôt, puis s'il guérira jamais. Pendant ce temps autour de lui, surtout s'il s'agit d'un ouvrier, il voit sa famille s'alarmer, songer avec inquiétude au lendemain. Incapable de reprendre son travail, il en arrive bientôt à perdre tout espoir de retour à la santé et à se considérer comme irrémédiablement perdu. Et le plus souvent il l'est en effet. Arrivé à cette période, convaincu qu'il ne saurait y avoir de guérison pour lui, le malade s'abandonne, sans résistance, sans réaction aucune ; et contre la névrose ainsi développée, le médecin se trouvera à peu près désarmé.

Cette conception pathogénique de la maladie est très importante car c'est sur elle que repose complètement la thérapeutique.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic de la neurasthénie traumatique est, comme celui de l'hystérie, possible seulement quand on y pense. Il faut avoir l'esprit attiré de ce côté, songer à la possibilité d'une manifestation psychique, sinon on évitera difficilement l'erreur. Cela est surtout vrai quand il s'agira comme pour notre malade d'une forme localisée, d'une paralysie.

Nous n'essaierons pas de faire un diagnostic complet, et de passer en revue toutes les affections organiques ou psychiques capables de prêter à confusion. Nous serions obligés à des redites continuelles, et nous n'aurions qu'à copier les livres classiques. Ce serait œuvre absolument inutile et fastidieuse.

Nous nous bornerons à indiquer dans quelles conditions se présentera le problème à résoudre, avec quelles difficultés on se trouvera aux prises et comment on pourra, s'avancant avec prudence, arriver à affirmer telle ou telle affection.

A la suite d'un traumatisme, en voyant un malade se présenter avec une paraplégie, la première idée sera évidemment de songer à une affection matérielle traumatique de la moelle épinière ou du rachis. Mais dans ces cas la paralysie est beaucoup plus prononcée, plus complète et plus permanente. L'impotence est tout aussi marquée que le malade soit debout ou couché. Au lit le mouvements n'ont pas plus de force, d'énergie et d'étendue que dans la station debout. Chez le neurasthénique au contraire, et

d'une façon plus générale dans tous les cas de paralysie psychique, ce sont les mouvements appropriés à tel ou tel but, la marche dans notre cas, que le malade ne peut exécuter ; il a perdu la notion inconsciente des muscles à mettre en jeu pour atteindre le but désiré, marche ou station debout. Pour tous les autres mouvements du même membre, il présentera au contraire une force musculaire bien plus considérable, bien que cependant inférieure à la normale : c'est ainsi qu'au lit notre malade pourrait détacher les talons des draps, et résister aux mouvements passifs d'extension et de flexion. Ici la paralysie est un phénomène psychique, tout à fait analogue à ces cas de folie systématisés sur un seul point. Pour tout le reste le malade raisonne parfaitement, sauf pour l'ordre d'idée concernant sa folie, en politique, en religion où il représente Napoléon ou Jésus-Christ. Il existe là un caractère tout spécial de la paralysie, qui rapproche beaucoup la neurasthénie, comme du reste l'hystérie, du cadre des maladies mentales.

D'autres caractères séparent encore les paralysies neurasthéniques des formes organiques. Dans ce dernier cas les sphincters sont d'ordinaire atteints. Il y a de la rétention, puis de l'incontinence d'urine ; incontinence des matières fécales ; la sensibilité est atteinte au même titre et parallèlement à la motilité, en particulier dans les cas où il y a écrasement complet ou section de la moelle épinière ; enfin l'atrophie musculaire se montre rapidement.

Mais dans l'examen du malade, un symptôme attire tout d'abord l'attention. C'est l'état mental du malade. Charcot a bien mis en lumière l'importance de la loquacité extrême de l'hystérique et du neurasthénique qui ne tarissent pas dans la description de leur maladie, insistant et se complaisant sur les détails même les plus futiles. « L'homme aux petits papiers » est devenu le type du

neurasthénique. Mais à côté de cette forme, il en existe une autre, mélancolique, où le malade cause à peine, où il faut la patience la plus éprouvée, les questions les plus pressantes et les plus multipliées pour lui faire raconter son histoire ; et il le fait brièvement, en quelques mots, par syllabes, par phrases entrecoupées, d'un air morne et désespéré, souvent les larmes pleins les yeux. Que l'on se trouve en face de l'un ou l'autre de ces deux groupes de malades, il n'en existe pas moins que toujours l'état mental est atteint, et atteint nettement, sans qu'il puisse y avoir d'hésitation. Aussi dès le premier moment on est frappé par ce cachet tout spécial du malade, et le clinicien se trouve ainsi mis immédiatement sur la piste du diagnostic.

Nous nous trouvons donc en face d'une manifestation psychique, d'une névrose. A quelle névrose avons-nous affaire. Nous savons aujourd'hui qu'il n'y a pas une névrose traumatique, mais des névroses traumatiques et qu'un même accident peut donner naissance suivant les sujets à la neurasthénie, à l'hystérie, à la maladie de Parkinson. Cette dernière maladie sera facilement reconnue à son tremblement si spécial et à la rigidité caractéristique du corps. L'hystérie se reconnaîtra facilement à ses stigmates : nous n'avons pas à les énumérer ici ; signalons seulement ce fait que, pour ce qui concerne les paralysies hystériques, le membre atteint est en même temps frappé au même degré dans sa sensibilité. La motilité est complètement abolie, le membre pend inerte et ne peut rendre aucun service au malade. De même toute sensibilité a disparu, sous tous ses modes, tact, douleur, chaleur ; on peut piquer, transpercer les bras du malade, tordre ses articulations sans que le malade en sente rien.

Le diagnostic de neurasthénie s'affirmera ensuite par la présence des stigmates de cette affection.

Un seul point nous restera alors à établir pour compléter le diagnostic : démontrer l'origine traumatique de la maladie. L'interrogatoire du malade, l'étude approfondie de ses antécédents, l'histoire complète de l'accident, le mode d'évolution des phénomènes consécutifs, en un mot les anamnèses permettront seuls d'affirmer l'action du traumatisme sur le développement de l'affection.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Le pronostic de la neurasthénie traumatique est grave, car on ne sait jamais comment la maladie se terminera.

Par elle-même elle ne met pas la vie en danger, elle ne frappe aucun organe dans son intégrité organique, et par suite ne menace pas l'existence. Mais elle met le malade dans l'impossibilité presque absolue de subvenir à ses besoins, et en fait un véritable infirme. A charge aux autres et à eux-mêmes, « ils sont perdus pour la vie sociale ; ils traînent pendant des années leur lamentable existence, toujours attristés, toujours accablés ; quelques-uns finissent par le suicide (Bouveret) ».

Par rapport aux autres formes de neurasthénie, la variété traumatique serait, au dire des auteurs, la plus grave de toutes, celle dans laquelle le nombre des guérisons serait de beaucoup le moins élevé.

Cette gravité même le rapproche beaucoup en effet de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Bouveret en effet admet que des névroses traumatiques, la forme la moins grave est l'hystérie locale, tandis qu'à l'autre extrémité de la chaîne se trouverait l'hystéro-neurasthénie. La neurasthénie traumatique serait intermédiaire aux deux autres formes.

Bien que, d'une façon générale, le pronostic soit grave, il ne faut cependant pas croire qu'il soit toujours le même, quels que soient les cas ; il varie au contraire d'un sujet à un autre et sui-

vant le sujet lui-même. Notre excellent maître, M. Déjerine, insiste d'une façon toute spéciale sur l'importance pronostique considérable que joue la situation sociale du malade et son degré de culture intellectuelle. Chez les simples, les naïfs, chez les malades sur lesquels le médecin peut prendre autorité, il y a des chances de succès ; au contraire chez les gens de la classe élevée, chez ceux qui se piquent d'un certain degré d'esprit fort, chez eux le médecin a beaucoup moins de prise sur leur état mental et par suite les chances de guérison sont beaucoup moins grandes.

Cette décision a une très grosse importance, et est tout à fait conforme à la conception pathogénique de la maladie. L'affection se développe par une auto-suggestion primitive entretenue et renforcée par la suggestion de l'entourage. A celles-ci substituez une autre suggestion en sens inverse, efforcez-vous de modifier en sens contraire l'orientation des idées du malade, tout le succès est là. Et on comprend facilement que cette prise de possession du malade par le médecin est beaucoup plus facile sur un campagnard que sur une personne des classes élevées de la société qui, loin de s'abandonner au médecin, raisonne au contraire avec lui et plus ou moins inconsciemment lutte sans cesse contre lui.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le véritable traitement de maladie est donc la suggestion. Il faut s'emparer de la personnalité mentale de son malade et la retourner à son gré.

Pour arriver à ce résultat, il faut tout d'abord supprimer la suggestion venue de la famille et des amis : c'est à ce but que l'on parvient par l'isolement. L'isolement absolu et rigoureux du malade s'impose donc comme une première nécessité indispensable au succès. Le malade doit être mis loin de tous les siens et rester sans aucune espèce de relation avec eux. Le mieux est encore si possible de placer le sujet dans une chambre seul, ne voyant que son médecin. Pour d'autres cas le changement de milieu suffit et constitue un réel isolement. Ainsi notre malade était en réalité parfaitement isolé au milieu de ses compagnons de salle. Transporté à cinquante lieues de son pays, entouré de personnes ne lui parlant que de sa guérison, l'affirmant prochaine, s'efforçant de lui montrer chaque jour les progrès qu'il réalisait, l'état mental du malade s'est trouvé tout naturellement placé dans un milieu tout différent de celui où il avait vécu, et par suite, aucun membre de sa famille, aucun ami n'habitait Paris et ne pouvant venir le voir, l'isolement était ainsi parfaitement réalisé.

Il faut donc tout d'abord isoler le malade. Cela fait il faut agir sur son esprit. Chaque jour on devra répéter les mêmes exercices, faire marcher le malade, essayer sa force de résistance aux mouve-

ments passifs, lui montrer l'amélioration progressive, la rapidité et la certitude des résultats atteints : Un peu de ruse est ici plus qu'une bonne politique, c'est un devoir. Le malade finit peu à peu par laisser entrer dans son esprit la possibilité de la guérison. Alors il est sauvé et dès ce moment son expression de physionomie change complètement. A l'abattement du début fait place un air réjoui, l'espérance renaît, la gaité reparait : parallèlement l'amélioration s'accroît, et l'on assiste ainsi à un véritable miracle, à une résurrection.

Pour favoriser l'action suggestive et encore dans le même sens, on pourra utiliser divers médicaments. Dans ce sens le chlorure d'or est à recommander ; l'idée d'un traitement par de l'or agit d'une façon très favorable sur l'état psychique du patient. Enfin on aura recours à l'hydrothérapie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

LEVILLAIN. *Loc. cit.*

X., jeune docteur surmené par la clientèle, présentait depuis quelque temps des symptômes d'une lassitude très grande ; c'était de l'affaiblissement musculaire et une certaine paresse intellectuelle, mais tout cela n'était pas suffisamment accusé pour empêcher X. de s'adonner à sa profession.

Un soir X. fait une chute dans l'escalier, il éprouve une vive frayeur, se croit mortellement blessé, quoiqu'il n'ait reçu que quelques égratignures.

A partir de ce jour se développent avec la plus grande intensité tous les symptômes de la neurasthénie la mieux confirmée.

C'est d'abord la céphalalgie en casque, persistante, tenace, affaiblissement musculaire excessif ne permettant au malade aucun effort.

Troubles dyspeptiques accusés, flatulence, gastralgie, perte d'appétit.

Sommeil léger avec rêves pénibles. Hyperesthésie cutanée, surtout au niveau de sa blessure du cuir chevelu. L'état mental est aussi notablement troublé, X. se figure qu'il va mourir, ne se préoccupe que de sa santé et se trouve dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail intellectuel.

Cet état dure depuis trois mois avec des améliorations et des recrudescences de la maladie.

OBSERVATION II.

Neurasthénie traumatique, forme paraplégique. (Observation personnelle recueillie dans le service de M. le Dr DÉJERINE à Bicêtre.)

Le nommé F... Armand, âgé de 43 ans, scieur de long, entre le

17 mars 1894, à la salle Bichat, n° 26, pour des troubles de la motilité des membres inférieurs qui l'empêchent de se livrer à aucun travail.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 36 ans de tuberculose pulmonaire. Mère nerveuse ; aurait eu pendant les deux dernières années de sa vie des crises convulsives très violentes, de nature indéterminée, auxquelles elle aurait succombé.

Du côté des ascendants nous relevons un grand-père paternel violent et emporté ; pas d'autre phénomène à signaler.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait aucune maladie. N'a jamais pendant l'adolescence ni l'enfance présenté de symptôme de nervosisme.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Constitution robuste.

Le 5 avril 1893, en sciant du bois, le malade fit une chute de trois mètres de haut environ, verticalement sur les talons, le choc portant plus particulièrement sur la jambe gauche. Pas de perte de connaissance ; F... peut même se relever. Gonflement énorme des talons avec douleurs très violentes pendant 4 semaines. Entorse.

Au bout de ce temps, il commence à se lever, marche d'abord en traînant les pieds sur le sol, puis peu à peu la marche s'améliore et surtout la douleur des talons disparaît. Il peut même reprendre en partie son travail et rester une demi-journée debout ; mais peu à peu la faiblesse des jambes s'accuse, sans douleurs. Les jambes plient sous le malade à chaque pas qu'il fait.

État actuel. — Le malade a les plus graves difficultés de se tenir debout. Appuyé fortement sur deux cannes, il se présente le corps penché en avant, l'air anxieux, les genoux ployés, surtout du côté du membre gauche dont l'extrémité appuie à peine sur le sol. Pour marcher, il avance d'abord la jambe gauche, à petits pas, le genou ployé, le pied ne quittant pas le sol, mais le rasant de sa pointe ; puis il porte en avant la jambe droite, le genou fléchi, à une plus grande distance en avant, et semble avoir hâte de s'appuyer sur sa jambe droite. Dans ce mouvement le pied droit frotte sur le sol par sa pointe. Notons encore que ces mouvements ne se font qu'avec l'aide de deux bâtons. Après quelques minutes de station debout ou après quelques pas le

malade est obligé de s'asseoir ; ses jambes refusent de le porter ; elles lui semblent en coton. Pas d'autres troubles de la marche, pas d'ataxie.

Pas de contracture réelle ou latente ; pas de contracture sous l'influence des mouvements.

La force musculaire est un peu diminuée. Couché sur le dos, le malade peut diriger ses membres inférieurs vers le point indiqué, avec force et sans hésitation. Il résiste assez bien aux mouvements passifs de flexion et d'extension.

Le malade étant debout, si l'on s'appuie sur ses épaules, immédiatement ses jambes fléchissent et se dérobent.

Les réflexes rotulien et plantaire sont normaux. La sensibilité est normale sous tous ses modes, tact, douleur, chaleur, froid. Pas de retard, pas de confusion.

Pas de troubles des sphincters, vésical et rectal.

Emotivité extrême. Etat d'abattement très prononcé ; le malade répond à peine par oui et par non, et il faut insister pour lui arracher une syllabe. C'est en quelques phrases brèves, entrecoupées, qu'il nous raconte son accident et l'histoire de sa maladie. Pendant l'interrogatoire, à plusieurs reprises, il se met à pleurer abondamment. A l'air découragé, abattu, désespère de jamais guérir. Pleure en songeant à sa femme et à ses enfants en bas-âge.

Pas de céphalalgie, ni d'insomnie.

Plaque d'hypéresthésie sacrée très nette, douleur assez vive à ce niveau à la moindre pression. Au niveau de la région lombaire on voit les traces de six cautères, 3 de chaque côté de la colonne vertébrale et dont les cicatrices sont devenues chéloïdiennes ; au niveau du sacrum traces de nombreuses pointes de feu.

Au thorax et aux membres supérieurs sensibilité anormale, pas de trouble de la motilité.

Réflexe pharyngien diminué, mais non aboli. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Suggestion, douches, potion avec du chlorure d'or.

19 mars. — Amélioration sensible. Le malade sent ses jambes plus fortes. Il lui est encore très difficile de marcher ; cependant il reprend confiance, l'état mental s'améliore.

Electrisation. Réactions électriques normales.

20. — Le malade s'améliore. La force revient dans les membres inférieurs ; F.... se sent plus solide sur ses jambes. L'état mental devient aussi meilleur ; bien que le malade soit encore triste et préoccupé, il commence à accepter l'idée de sa guérison.

25. — L'amélioration fait des progrès rapides. F.... marche sans canne, et n'accuse plus qu'un peu de lourdeur de la jambe gauche. L'état psychique est absolument changé. F... se rend compte de l'amélioration rapide de son état ; il se promène presque toute la journée. Il ne doute plus du succès.

1^{er} avril. — La guérison s'accroît. Il ne reste plus qu'un peu de fatigue, le soir, dans le membre gauche. L'état mental est redevenu normal.

8. — La guérison peut être considérée comme complète. Plus aucune trace de la paraplégie. F.... demande à quitter le service et à retourner chez lui. Il a conscience de sa guérison. Quand il est debout, on peut se laisser porter sur ses épaules, sans qu'il fléchisse.

11. — F.... quitte le service parfaitement guéri.

OBSERVATION III.

CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1888-89.

Le nommé Le.....er, âgé de 38 ans, exerce la profession de maçon. — Dans son métier, il n'est pas tout à fait le premier venu ; c'est ce qu'on appelle un « tâcheron ». Il travaille de ses mains sans doute mais il prend à sa charge des travaux qu'il répartit entre plusieurs ouvriers. Pas d'antécédents héréditaires. Il y avait un mois et demi qu'il était engagé dans une entreprise dont il espérait tirer des bénéfices importants pour lui, lorsque le 30 août, c'est-à-dire il y a cinq mois, en se rendant le matin à son travail, il fut mordu assez fortement à l'avant-bras droit par un gros chien de garde ; l'émotion, tout d'abord, paraît n'avoir pas été très vive, la plaie avait été cautérisée et bientôt l'on avait appris, que, conduit à Alfort le chien avait été déclaré non enragé. Malgré des douleurs assez vives qu'il ressentait dans le bras droit, notre homme prenait patience ; il espérait que la morsure serait promptement cica-

trisée et qu'il lui serait permis sous peu de reprendre ses occupations. Cependant, dès cette époque voisine de l'accident, ses nuits étaient troublées par des cauchemars.

Quinze jours se passent et voici que, contrairement à ce qu'il avait espéré, sa plaie n'est nullement cicatrisée, les douleurs sont encore fort intenses et il s'est produit du gonflement et des abcès. Tout espoir de pouvoir travailler manuellement devait être écarté pour longtemps, peut-être.

C'est alors que commencent à sévir les vives inquiétudes, les impressions pénibles.

Le malade perd l'appétit. Il ne dort plus que d'un sommeil agité par des rêves pénibles. Il voit en songe des chiens, des chats furieux qui font mine de vouloir le mordre ; des échafaudages mal ajustés sur lesquels il monte et qui menacent de s'écrouler sous lui, etc., etc.

Lui, autrefois vif, courageux, entreprenant, il se sent devenu faible, mou, triste, sans énergie ; « il se laisse aller », comme il dit, il n'a plus de volonté. Il ne peut même pas penser à ses affaires sans que sa tête se trouble. Enfin, au bout d'un mois la plaie et les abcès sont guéris, les douleurs ont cessé et il essaie de retourner à sa besogne ; mais une grande faiblesse, une lassitude extrême l'obligent après quelques efforts à renoncer à tout travail. Le voilà naturellement tout à fait désolé, d'autant plus que le propriétaire du chien qui l'a mordu refuse de lui payer l'indemnité qui lui est due ; aussi tous les symptômes nerveux qui, jusque-là, n'étaient encore qu'esquissés, empirent-ils rapidement, s'attachant à lui étroitement et pour longtemps.

Nous les retrouvons en effet aujourd'hui, après quatre mois, tels qu'ils n'ont pas cessé d'exister depuis cette époque :

Céphalée toujours présente, ne s'élevant jamais au taux d'une douleur vive ; elle siège sur la région frontale et à l'occiput surtout, mais s'étend parfois au crâne tout entier où elle donne une sensation pénible de compression et de poids, comparable à celle que produirait un casque lourd et trop étroit ; elle s'étend également à la nuque où le malade a des craquements lorsqu'il tourne la tête à droite ou à gauche. — Etat vertigineux habituel, principalement dans la station verticale et surtout la marche ; il lui semble que le sol s'élève par moments puis s'abaisse

et, en marchant, il se dit obligé de regarder ses pieds ; — affaiblissement de la mémoire ou, pour mieux dire, mémoire lente et difficile à mettre en œuvre : « ma tête est comme vide, dit le malade, mes idées sont confuses », d'ailleurs les moindres opérations de l'esprit sont pénibles, même la lecture, et bientôt suivies d'une exaspération de la céphalée. Il est à remarquer qu'en général la douleur de tête s'atténue temporairement ainsi que les autres symptômes qui l'accompagnent pendant la période qui suit immédiatement les repas. — Idées sombres, sentiment d'impuissance, absence de volonté, émotivité excessive, sommeil troublé par les rêves dont nous avons parlé déjà : tantôt il est poursuivi par des animaux menaçants, chiens ou chats, qui veulent le mordre ; tantôt il se voit poursuivant l'accomplissement de la tâche qu'il a entreprise, mais mille obstacles imprévus se dressent devant lui, les échafaudages s'écroulent, les échelles se brisent ; le temps passe et jamais, à son grand désespoir, il n'atteindra le but tant désiré. Voilà pour les symptômes céphaliques, les symptômes spinaux ne sont pas moins accentués.

Il y a un affaiblissement remarquable de la force dynamométrique : la main droite donne 45 seulement et la main gauche 55 ; le malade, cependant n'est pas gaucher. Il se plaint d'être tout de suite fatigué lorsqu'il se tient debout ou qu'il marche ; ses jambes sont très faibles, dit-il, et il y éprouve des sensations singulières ; il assure qu'il ne sait pas nettement où posent ses pieds.

Cependant pas d'analgésie ou d'anesthésie sous une forme quelconque ; pas de douleurs autres que celles que provoquent des crampes qui se produisent de temps à autres dans les cuisses et dans les mollets ; pas de troubles vésicaux. Les réflexes rotuliens sont normaux et la station debout n'est nullement affectée par l'occlusion des yeux. Je ne voudrais pas omettre de vous parler d'une sensation de pression, de constriction pénible que le malade éprouve d'une façon habituelle sur toute l'étendue de la région du sacrum et qui s'exaspère remarquablement lorsqu'il s'est tenu debout quelque temps ou qu'il a fait quelques pas.

J'appelle votre attention sur cette « plaque sacrée » comme je l'appelle, parce qu'elle constitue un des caractères de la neurasthénie spi-

nale et qu'elle peut contribuer à distinguer celle-ci des parésies ou paraplégies par lésions organiques de la moelle épinière, qu'elle pourrait simuler. La « plaque sacrée » est, en quelque sorte, le pendant de la « plaque occipitale » ou « cérébelleuse » ainsi que la désignent quelquefois les malades, l'un des éléments les plus constants de la céphalée neurasthénique. Affaiblissement des fonctions sexuelles, peu ou pas de désirs, érections faibles, imparfaites, aboutissant à des émissions séminales prématurées. Ici, chez notre sujet, contrairement à ce qui a lieu dans la majorité des cas du même genre, les troubles digestifs font à peu près complètement défaut ; pas de dyspepsie flatulente avec rougeur de la face ; pas de sentiments de malaise et de brisement des membres ; pas de somnolence survenant après les repas, ce qui montre bien, soit dit en passant, que ces troubles gastriques ne sont pas nécessaires à la constitution du syndrome neurasthénique. D'ailleurs, aucune association de symptômes hystériques ; rien qui rappelle les attaques ou leurs équivalents ; pas de troubles permanents de la sensibilité générale ou spéciale, pas de rétrécissements du champ visuel en particulier. Notre cas d'aujourd'hui est donc en réalité, ainsi que nous l'avons dit en commençant, un exemple de neurasthénie cérébro-spinale pure, exempte de toute complication. Il reproduit exactement en effet, dans ses traits fondamentaux du moins, le tableau classique que le regretté Beard de New-York a eu le grand mérite de dégager du chaos de l'ancien « nervosisme » et qu'il a fait pénétrer dans le cadre de la clinique neuropathologique où il occupe actuellement une large place légitimement conquise.

Le complexe symptomatique en question répond assurément à une espèce morbide dont la fixité nosographique ne saurait être sérieusement contestée, puisqu'on la voit conserver son individualité dans les circonstances très variées où elle peut se développer. Ainsi, ce même état neurasthénique que nous avons vu s'installer chez notre homme sans culture, à la suite des événements que vous savez, vous le retrouverez revêtu de ses caractères essentiels, dans les conditions bien différentes, en apparence, du surmenage intellectuel, chez les écoliers. par exemple à partir de l'âge de 15 à 16 ans, époque à laquelle l'élève commence à pouvoir, par un effet de volonté, contraindre son cerveau

à un excès de travail ; chez les étudiants qui affrontent les concours, chez les savants, les gens de lettres au labeur acharné, chez les politiciens, les hommes d'affaires qu'écrasent de lourdes responsabilités et qui vivent incessamment bourrelés d'inquiétudes. Dans les cas qui viennent d'être cités les facteurs étiologiques appartiennent à la catégorie des actions lentes ; mais il importe de remarquer que les causes à action brusque, telles qu'on les rencontre dans les grands accidents, chute d'un lieu élevé, collisions de trains, avec ou sans traumatisme, en tant qu'elles sont de nature à provoquer ce que l'on est convenu d'appeler le shock nerveux, pourront, à courte échéance, produire les mêmes résultats. Eh bien, je le répète encore une fois, malgré ces diversités d'origine, malgré ces différences relatives au sujet, le type morbide, à part quelques modifications d'ordre secondaire, reste à peu près immuable ; c'est ce que nous aurons l'occasion de relever plus d'une fois en étudiant les faits cliniques qu'il nous reste à examiner.

Que dire de notre malade au point de vue du pronostic ? Certainement le cas est sérieux. Il y a cinq mois déjà que cela dure et rien ne fait prévoir encore que nous soyons près de la fin. Il est remarquable que chez les sujets rustiques des classes ouvrières, les affections nerveuses sans « substratum » organique, la neurasthénie, l'hystérie par exemple, se montrent généralement, toutes choses égales d'ailleurs, plus graves et plus tenaces que chez les sujets plus délicats, plus impressionnables des classes lettrées ; toutefois, dans le cas actuel, il ne faut désespérer de rien. Sous l'influence du traitement mis en œuvre, depuis l'entrée du malade à la Salpêtrière, et qui a consisté principalement dans l'administration des douches et l'emploi des toniques ; il s'est produit un peu d'amélioration sur toute la ligne. Ces résultats sont encourageants ; mais nous sommes encore bien loin du but qu'il nous faudrait atteindre pour que notre pauvre « tâcheron » pût aller reprendre ses travaux.

OBSERVATION IV

Neurasthénie traumatique. — PITRES, *Progrès médical*,
6 décembre 1890.

Emile Debr..., âgé de 25 ans, est venu pour la première fois à la consultation externe de la clinique le 20 novembre 1889.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a 20 ans d'une fluxion de poitrine ; c'était un homme doux, bien pondéré, ne faisant aucun excès. Mère vivante et bien portante, mais extrêmement émotive ; elle n'est cependant pas sujette à des attaques de nerfs. Elle a eu sept enfants dont six sont morts en bas-âge d'affections diverses. Il faut noter que les grands parents de notre malade étaient tous d'un caractère extrêmement violent et que ses oncles sont, eux aussi, d'une irritabilité excessive v.

Antécédents personnels. — D... n'a jamais fait de maladies sérieuses. C'est un bon ouvrier, actif, intelligent. Il ne boit pas outre mesure ; il n'a jamais eu d'accidents saturnins. Pas de syphilis. Il a toujours été très emporté, mais ses colères sont de courte durée.

Début et évolution de la maladie actuelle : Le 10 septembre 1888, D... était occupé à la réfection des peintures de la salle de l'Alhambra. En voulant se tourner sur un échafaudage mal assujéti, il fit basculer une planche et tomba la tête la première, d'une hauteur de cinq mètres environ, sur des dalles en ciment. Il perdit immédiatement connaissance. On le transporta aussitôt à l'hôpital, où M. A. Boursier constata une large plaie du cuir chevelu et un écoulement abondant de sang par l'oreille gauche. Quand le malade reprit ses sens, il se plaignait d'un grand mal de tête et eut quelques vomissements. On craignit une fracture du rocher et on appliqua sur la tête des vessies de glace. Après trois semaines de traitement, D... pouvait se lever et marcher sans difficultés. Il quitta l'hôpital pensant bientôt reprendre ses occupations habituelles. Mais quand il rentra dans sa famille, il fut pris d'inquiétude, de tristesse. Il ressentait sur le sommet de la tête une douleur permanente qui le préoccupait outre mesure. Il disait à ses parents qu'il ne guérirait jamais ; il se plaignait d'une sensation continuelle de lassitude, d'affaiblissement de la mémoire, de fatigue cérébrale, etc.

Ces accidents ne s'amendant pas, il vint nous consulter, et depuis le 20 novembre, il est en traitement sous notre direction.

Les symptômes qu'il présente sont les suivants :

Il a constamment un mal de tête. La douleur siège surtout au niveau de l'occiput ; elle est lourde, contusive, exaspérée par les mouvements et les efforts. Le malade marche avec hésitation, comme s'il avait peur

de tomber à chaque pas. Quand il monte un escalier, il a bien soin de se tenir du côté du mur ; parce que s'il venait à regarder dans le vide par dessus la rampe il aurait des vertiges très pénibles. Si on le fait monter sur une chaise ou sur une table, lui qui était habitué à rester des journées entières sur des échelles ou sur des échafaudages élevés, il est anxieux, voit tout tourner autour de lui et demande à descendre au plus vite.

Il est toujours las, fatigué, courbaturé. Il ne se trouve bien qu'au lit. Il aurait de la peine à marcher plus de quelques minutes sans se reposer. Il lui est impossible de courir. Cependant ses forces sont bien conservées ; il serre le dynamomètre avec une énergie normale (main droite, 30 kilog., main gauche, 40 kilog.), et il résiste avec beaucoup de force quand on essaie de fléchir ses jambes malgré lui. Les mains étendues horizontalement sont agitées d'un petit tremblement vibratoire rapide et serré, qui ne gêne pas l'exécution des mouvements volontaires.

Il a continuellement des bourdonnements d'oreilles. Sa vision est trouble, incertaine ; il ne distingue nettement les objets qu'après les avoir fixés un instant. L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil ne révèle pourtant rien d'anormal. Les champs visuels ne sont pas rétrécis ; il n'y a pas de troubles de la perception des couleurs. Les réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont normales.

Les phénomènes d'asthénie intellectuelle sont très remarquables. D..., qui était, avant l'accident du 10 septembre, gai, expansif, rieur, est aujourd'hui sombre, morose, mélancolique. Tout l'ennuie, tout le fatigue, tout l'irrite. Il ne peut soutenir une conversation prolongée, il ne peut fixer son attention sur rien. Sa mémoire est affaiblie ; il se rappelle cependant fort bien les incidents qui ont précédé sa chute ; il n'a pas d'amnésie véritable, mais il est obligé de réfléchir un moment avant de répondre aux questions les plus simples.

Il lit bien pendant quelques minutes, puis, peu à peu, ses idées se brouillent et il est obligé de poser son livre. De même pour l'écriture ; après avoir tracé correctement quelques lignes, il ne sait plus ce qu'il fait.

Le sommeil est souvent interrompu par des cauchemars terrifiants ou érotiques. Le malade rêve souvent qu'il est à son travail, sur un

échafaudage peu solide, et il se réveille en sursaut, le cœur palpitant et tout le corps couvert de sueur. Les rêves érotiques sont survenus seulement dans ces derniers jours. Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accident, D... n'avait aucun désir génésique. Il en était même très alarmé, car il était sur le point de se marier. Mais, depuis quelques jours il paraît avoir plutôt de l'excitation génitale. Chaque fois qu'il voit sa fiancée, il a des érections prolongées.

La sensibilité de la peau et des muqueuses est intégralement conservée. Les réflexes rotuliens sont faibles. Le réflexe pharyngien est aboli.

Toutes les grandes fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. L'appétit est bon ; les urines, claires et abondantes, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION V

Neurasthénie consécutive au shock nerveux. — GUINON,
(Thèse doct., 1887).

X..., 38 ans, gazier dans un grand établissement de Paris.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, 74 ans, atteinte de sciaticque. Père mort à 54 ans d'un refroidissement, il ne connaît pas ses antécédents. Il ne connaît rien sur ses ascendants de 2^e degré. Quant aux collatéraux, il dit qu'ils sont pour la plupart morts vieux, mais qu'en somme il ne les connaît pas.

Marié à l'âge de 32 ans. Un garçon de six ans bien portant. Femme bien portante, pas nerveuse.

Antécédents personnels. — Ne se rappelle avoir fait aucune maladie pendant son enfance. De 12 à 14 ans fait le métier de mousse. Engagé à 18 ans dans la marine, y reste jusqu'à 26 ans. Pas de maladies pendant tout ce temps-là. A ce moment apprend le métier de gazier, et six mois plus tard obtient la place qu'il occupe aujourd'hui.

Il aurait autrefois abusé des femmes. Marié un peu contre son gré avec une femme avec qui il vivait et dont il avait un enfant, il a été depuis en butte, à cause de cela, à toutes sortes d'ennuis. Au mois de février 1888, appelé subitement dans un sous-sol pour remédier à un grave accident ; deux gros tuyaux de conduite de gaz, en plomb, fon-

du par la chaleur d'un tuyau de fumée dans lequel il y avait un feu de cheminée. Ce dernier, par suite d'un vice de construction était placé très près des deux tuyaux de gaz, qu'il croisait perpendiculairement. Au moment où il arriva dans le sous-sol rempli d'émanations de gaz, il se rendit tout de suite compte du danger ; dans cette pièce immense pleine de gaz à n'y pouvoir respirer, le pompier de service vidait le calorifère sur le sol et le charbon flambait à terre, au risque d'une formidable explosion. Il éprouva alors une très grande frayeur dont il se souvient très bien. Il s'agissait d'empêcher l'écoulement du gaz et pour cela de fermer un compteur. Malheureusement ce compteur avait sa porte enfouie sous un monceau de sable jeté là pour une construction en cours à ce moment. Il s'acharna après cette porte et, après des efforts inouïs, toujours sous l'influence de cette frayeur, couvert de blessures et de brûlures, il parvint à conjurer le danger. Tout cela se passait le jeudi. Le lendemain vendredi et le samedi, il ne se produisit rien de spécial dans son état. Ce n'est que le dimanche qu'il commence à se sentir malade. En se levant il lui sembla que tous les muscles de son corps se « retiraient » et il était obligé de « se détirer » pour éviter cette sensation désagréable et l'effet moteur qui en résultait. Quelques instants après il eut une espèce d'attaque sans perdre de connaissance ; ses coudes fléchis battaient ses flancs, ses bras se fléchissaient et s'étendaient. Il ne se rappelle pas s'il a eu auparavant les diverses sensations de l'aura. Il reste toute la journée dans un état nerveux, tremblant, agité. Le soir il aurait eu une légère perte de connaissance. Pas de rêves, pas d'hallucinations à ce moment. Tout cela n'est pas très net, mais on peut dire que cela ne ressemble guère à de l'hystérie, autant qu'on peut s'en faire une idée aujourd'hui, que le malade tout à fait pris, ne se rappelle plus bien des sensations d'alors et en fait un mélange avec celles d'aujourd'hui, construisant ainsi de bonne foi une petite histoire où il est difficile de démêler la vérité.

Disons tout de suite qu'il n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Le lendemain, après une nuit malgré tout assez calme, il se réveille moins nerveux et se rétablit graduellement en quelques jours. Il semble que le médecin ait pris cela pour du tétanos ou tout au moins pour

une affection très grave. Il se reposa ensuite six semaines sur l'ordre du médecin et reprit ensuite son travail.

Il travaille un mois se portant très bien lorsque peu à peu il se sent devenir d'une faiblesse extraordinaire. Le moindre petit objet lui paraît lourd et fatigant à porter. Les jambes lui semblent raides, les pieds paraissent avoir de la difficulté à se détacher du sol.

En même temps survinrent des vertiges qui ne ressemblent en rien à des attaques d'hystérie, mais sont plutôt bien réellement des vertiges. Tout tournait autour de lui. Il n'est cependant alors jamais tombé ; mais il dit que cela lui serait arrivé s'il ne s'était retenu à un meuble.

A cette époque il a eu comme une sorte d'atonie vésicale, qui se reproduit d'ailleurs chaque fois que son état s'aggrave. Il pisse goutte à goutte, toutes les cinq minutes, une urine blanche comme de l'eau. Il en excrète une quantité qu'il évalue à deux litres et plus en une demi-journée.

Puis survinrent diverses sensations subjectives telles que douleurs vagues, fatigues, sensation d'étoffe sur les mains, qui lui empêchait d'apprécier exactement tout ce qu'il touchait.

Au mois de mai commencèrent les douleurs de tête, surtout occipitales, un peu en forme de casque, nettement neurasthéniques, accompagnées d'espèces d'élancements dans les membres. Fatigue et faiblesse de la vue. Il ne peut lire sans que les yeux se troublent. Il voit quelquefois les gens au milieu d'un nuage.

Ces accidents, sans cesser jamais complètement, présentent de temps en temps des crises d'exacerbation considérable. C'est, pendant une de ces crises qu'il présenta une véritable période délirante. Cela se passait au mois de juillet 1888.

Pendant trois ou quatre jours il fut dans l'état suivant. Il était debout occupé à toutes ses petites affaires d'intérieur, comme un homme qui aurait toute sa connaissance. Mais il était sombre, ne parlait pas. Puis tout d'un coup il se levait, allait dans des coins de la chambre où il se trouvait, ou sortait même de l'appartement jusque sur le palier de l'escalier, et là inspectant les murs, il donnait des ordres pour le placement de conduites de gaz et de fumée imaginaires, réglant l'écartement de ces tuyaux, afin d'éviter la fusion des tuyaux de plomb et l'in-

condie. Tous ces actes se rapportaient immédiatement, comme il est facile de s'en rendre compte, à son accident du mois de février.

Le traitement a consisté en bromure et iodure de potassium, chloral, opium, antipyrine, etc. Le résultat a toujours été à peu près nul.

Etat actuel. — Le caractère s'est assez notablement modifié. Il n'était pas gai autrefois, mais aujourd'hui il est tout à fait sombre et morose. Il reste chez lui des heures entières sans parler, assis à la même place et va quelquefois chez les autres pour y tenir une conduite semblable. (Ces renseignements m'ont été fournis par un de ses camarades de travail). Il est irascible, s'emporte facilement, s'affecte au moindre reproche comme s'il s'agissait d'une grave affaire. Il me semble soupçonneux surtout, faisant toujours une petite réticence, quand il a laissé échapper un aveu quelconque.

Sommeil généralement bon, depuis trois mois à peu près. Auparavant il dormait mal depuis son accident ; il était réveillé par des espèces de secousses dans les reins. Pas d'hallucinations hypnagogiques, Ses rêves ne sont pas particulièrement sombres et ne s'accompagnent pas de grandes frayeurs. Au début il est probable que ses rêves se rapportaient à son accident ; il parlait tout haut et se réveillait brusquement :

Douleurs de tête répondant très nettement aux caractères de la céphalée neurasthénique. Douleurs dans les membres, vagues et sous forme d'élançements. Symptômes de dyspepsie très accentuée avec dilatation de l'estomac. Gonflement de la région épigastrique, rougeur de la face, pesanteur générale et envie de dormir après les repas. Sécheresse habituelle de la langue. Cette sensation que l'on doit, je crois, ranger parmi les sensations subjectives qu'éprouve le malade, et qui sont nombreuses et variées au point qu'il est impossible de les décrire toutes, attendu qu'il s'en produit de nouvelles tous les jours, cette sensation lui annonce généralement que la journée sera mauvaise qu'il souffrira, qu'il aura sa crise en un mot. A ce moment il s'assombrit, se prive de manger parce que la nourriture le rend malade et commence à souffrir, à voir à travers un nuage, etc.

Aucun trouble de la sensibilité ; légère diminution de l'acuité visuelle.

Examen ophtalmoscopique négatif. Pas le moindre rétrécissement du champ visuel. Pas trace de dyschromatopsie. Pas de polyopie monoculaire. Pupilles normales, à réactions franches à la lumière et à l'accommodation.

Pas de troubles de l'ouïe.

Rien du côté de l'odorat.

Goût normal.

Réflexe rotulien assez faible, existe cependant ; rappelé à son intensité normale par le procédé de Jendrassik.

Réflexe crémasterien diminué à droite, normal à gauche (frôlement de la peau et pression du saphène au canal de Hunter).

Réflexe pharyngien normal.

Jamais d'attaques de nerfs véritables.

Pas de plaques hypéresthésiques, ni de points hystérogènes.

En un mot pas de traces d'hystérie, que j'ai recherchée avec le plus grand soin.

Apathie intellectuelle profonde. Impossibilité absolue de rien faire. Il reste dans la salle d'attente immobile sur sa chaise, comme absorbé et sans avoir l'air de se douter qu'il y a du monde autour de lui. Il est aujourd'hui en congé illimité de son magasin. Il ne sait quand il rentrera. Il mène une vie assez bizarre, faisant sa cuisine lui-même pendant que sa femme, employée elle-même au Louvre, reste toute la journée dehors. Il refuse de sortir, de voir du monde. Il ne veut pas entrer à l'hôpital, par une frayeur sans raison de ce genre d'établissement. L'état général, au milieu de tout cela, s'est assez bien maintenu. Il a peut-être un peu maigri, mais pas beaucoup en somme. Le teint n'est pas modifié.

On prescrit au malade un traitement hydrothérapique et des calmants de toute nature.

OBSERVATION VI

CHARCOT. — *Leçons du mardi*, 1888-89.

Mme X..., habitant Washington, a été, il y a deux ans, renversée du haut d'un « mail coach ». Elle est tombée à terre sur le gazon, sans se

faire grand mal ; elle n'a pas perdu connaissance un seul instant et elle n'a eu d'autre blessure qu'une bosse sanguine, siégeant à la région lombaire ; la douleur produite par cette contusion a nécessité le séjour au lit seulement pendant quelques jours ; mais lorsqu'il s'est agi de se lever, les symptômes de la neurasthénie cérébro-spinale étaient fort accentués : céphalée neurasthénique, à savoir plaque cérébelleuse et plaque frontale. — Tête vide, mémoire lente ; impossibilité de fixer l'attention d'une façon un peu soutenue, vertiges. La malade ne peut fréquenter le monde ; le moindre bruit, la lumière un peu vive ramènent les vertiges et exaspèrent la céphalée. — Dyspepsie atonique, gonflement de l'estomac après les repas avec rougeur de la face et sentiment de torpeur. — Neurasthénie spinale marquée par un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs et l'existence de la « plaque sacrée » ; à peine la malade peut-elle faire quelques pas sans voir s'exaspérer le sentiment pénible de pression qui occupe la région du sacrum. — Aucun phénomène hystérique. Sa santé avant l'accident, était parfaite à tous égards ; pas d'antécédents nerveux personnels. On n'a pu recueillir de renseignements concernant les antécédents de famille.

CONCLUSIONS.

I. Le traumatisme peut donner naissance à la neurasthénie, même chez les individus les plus indemnes de toute hérédité.

II. La neurasthénie traumatique peut ne se distinguer en rien des autres formes de la neurasthénie, et revêtir la forme de la neurasthénie cérébro-spinale la plus complète ; ou au contraire se manifester par des phénomènes localisés et en particulier par des symptômes paraplégiques. Il existe une neurasthénie locale traumatique comme il existe une hystérie locale traumatique.

III. L'affection se développe par suggestion après une période d'incubation et ne relève comme traitement que de la suggestion.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bataille**, *Traumatisme et névropathie*. Th. doct., Paris, 1887.
Berbez, *Hystérie et traumatisme*. Th. doct., Paris, 1887.
Blocq, *Gaz. Hôpitaux*, 1891, p. 425.
Bordaires, Th. doct., Bordeaux, 1890.
Bouveret, *La Neurasthénie*, 1891.
Brauns, *Die Neurasthénie*, Wiesbaden, 1891.
Bridge, *Internal. Clin. Phil.*, 1893, IV, 64.
Bruns, *Névroses traumatiques*. *Schmidt's Jahrbücher*, CCXXXVIII, p. 73, 1893.
Charcot, *Leçons du mardi*, 1888-89, p. 30 et p. 257.
Clausse (Albert). Th. doct., Paris, 1891.
Guinon, *Agents provocateurs de l'hystérie*. Th. doct., Paris, 1889.
Gugl et Stichl, *Neuropathol. Studien*, Stuttgart, 1892, p. 124, 151.
Hellmuth, *Traumatika nevrosa*. *Casopis Ceskych lékari*, 1893, n° 27.
Higier, Sur les névroses traumatiques et leur simulation, *Wien. med. Presse*, 1893, 20 et 27 août ; 10, 17, 24 septembre ; 1, 8, 15, 22, 29 octobre.
Hirschcron, *Die Nervenschwächen (Neurasthénie)* Wien und Leipzig, Altmann.
Huchard, *Archiv. Gén. Méd.*, 1892, n° 12, p. 642, Neurasthénies locales.
Joseph, *Étiologie*. *Deutsche med. Zeit.*, Berlin 1892, p. 457-459.
Von Rowalensky, *Central. f. Newenh. und Psychiatrie*, 1893, p. 113-124.
Levillain, *La Neurasthénie*, Paris, 1891.
Lœwenfeld, *La Neurasthénie*, Wiesbaden, 1893.
Mathieu, *La Neurasthénie (épuisement nerveux)*, Coll. Charcot Debove, 1893.
Moscato, *Gosz. Degli ospit.*, 1891.

Pitres, *Echo Médical*, Toulouse, 1889.

— *Progrès Médical*, 1890, t. XII, 6 décembre.

— *Sem. Méd.*, Troubles de la motilité, 1892, p. 400.

Muller, *Handbuch der Neurasthenie*, Leipsig, 1893.

Rauzier, *Sem. Méd.*, 1893, p. 513.

Thiroux, *Neurasthénie essentielle*, th. doct., Paris, 1892.

Tynell, London, 1891.

Weill, *Neurasthenies locales*, 1892, Nancy (1).

(1) On trouvera une bibliographie très complète de la Neurasthénie dans le travail de Levillain. Nous avons signalé seulement les ouvrages publiés depuis ce mémoire.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne), 45-47, passage Verdeau, Paris.
